

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価項目毎に第三者評価機関判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
【1】	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント> 「人間としての尊厳を重んじる姿勢を貫きます」「利用者それぞれのライフステージにおけるケアを目指します」など4項目を法人の経営理念に掲げている。理念の実践に向けた職員の「行動指針」を作成し、また、「職員倫理綱領及び職員行動規範」を明文化し、全職員に配布し周知している。職員は理念や行動規範をカードに明記した「クレド」を常時携帯し、理念実践に向けた意識の強化を図っている。また、年に5回開催のすぎな家族の会と理事・施設長参加の三者例会や年3回の家族懇談会で、理念や行動指針を説明し、利用者支援に関する施設の方針を示している。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
【2】	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 県が実施する施策説明会に出席し社会福祉事業の動向や地域福祉ニーズの動向を把握している。また、市主催の障害者福祉計画に関する意見交換会に出席し、高齢者や障害者、子どもの福祉課題やニーズの多様化・複雑化の状況及び市が重点的に取り組んでいる施策に関する情報把握に努め、施設を取り巻く福祉環境の変化への対応策や課題の整備に努めている。市の障害者福祉計画策定の方針を受けて、障害のある施設利用者の高齢化への対策や障害者相談支援事業所の設立等法人としての具体策を講じている。		
【3】	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<コメント> 市の障害者福祉計画の動向を踏まえ法人としての中・長期計画を策定している。施設やグループホームの高齢化対策や利用者ニーズの多様化への対策及び相談支援事業所の開設等の経営課題を明確にし、中期計画に明記し具体的な取組を推進している。法人の中期計画の実現に向けてデイセンターつくりの経営課題として、「生活介護・日中一時支援事業の充実」「多機能化」等の課題を設定し事業計画の重点課題に設定している。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
【4】	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の中期計画(平成30年度から5か年)を策定し、中期計画の中心課題は高齢化対策と新規事業であることを明記している。介護保険制度と障害福祉制度の見直しの動向を見ながら、改めて施設サービスのあり方や人生の終りをどういう形で迎えるかの議論の中で、法人としての新規事業の立ち上げの必要性等を中期計画に明示している。高齢化対策としては、生活ホームの高齢化対策や日中サービス支援型グループホームの設立を推進し、多様化する利用者対策としての重度障害者受け入れや、相談支援事業所の設立を推進している。</p>		
【5】	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p>中期計画を踏まえて法人としての年度ごとの業務運営方針を定めている。令和3年度のデイセンターつくし業務運営方針に「利用者の人権に配慮し、安全で快適な日中活動の提供に努め、作業等改修に伴う支援体制を整備すること」「利用者個々の状況に合わせた活動素材・環境の提供に努めるとともに多様な障害特性を持った利用者の心身の安定を図るため、より個別の状況に配慮すること」等を定めている単年度事業計画には、年度ごとの重点実施目標及び業務運営方針を明記している。しかし事業計画に当該事業所の計画策定の数値目標や計画達成の評価項目の明示、各種作業の推進に関わる具体策等に関する記述については十分とは言えず、工夫の余地がある。</p>		

【6】	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は、毎年2月に年度の成果を評価し、次年度の事業計画を検討し3月の理事会に報告し決定している。事業計画の策定に際しては課長会議で原案を作成し全体職員会議で職員に説明し、職員の意見を反映し原案を策定している。毎年4月の職員会議で事業計画を説明し職員に周知していることが職員会議の議事録に明記されている。また、半期ごとに事業計画の進捗状況の評価し、課長会議で検討し業務運営方針中間検討の課題を明確にしている。事業計画の策定と達成度の評価については、職員の職務分掌ごとの計画と実績に連動した組織対応の取り組みが十分に反映されているとは言えず、対策の工夫の余地がある。</p>		
【7】	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p><コメント></p> <p>年4回家族懇談会を開催し、施設運営に関する家族の意見等の把握に努めている。家族懇談会で事業計画の内容を説明している。また、年5回発行の広報紙の3月の「すぎなだより」にデイセンターつくしの年度ごとの重点実施目標、業務運営方針を掲載し、施設の事業計画の内容を紹介している。利用者については毎朝ミーティングで作業棟の解体工事のことなど、職員は、利用者の日々の活動に関する事項について利用者に分かりやすく説明している。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
【8】	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p><コメント></p> <p>定期的に第三者評価を受審し、「デイセンターつくしの第三者評価受審の総括及び分析」を作成し課題を分析しサービス向上につなげている。年1回以上の実施が求められている自己評価については、毎年神奈川県の実務編・報酬編自己点検シートに基づいて実施している。また、毎年2月と7月に人権チェックリストを用いて全職員が人権擁護に関する自己点検を実施している。人権チェックリストは、個人の尊厳の尊重や自己選択・自己決定、人権侵害等13項目50問からなり、人権擁護に関する職員の意識強化を図っている。</p>		
【9】	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c
<p><コメント></p> <p>年1回以上の実施が求められている自己評価については、毎年神奈川県の実務編・報酬編自己点検シートに基づいて実施しているが、チェック結果を体系的に整備し課題を分析し、計画的に課題対策を実施しているとは言えない状況である。生活介護事業所の利用者支援に関する自己評価項目を事業所独自に設定し、自己評価の実施と課題の特定、計画的な改善策の実施が課題である。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
【10】	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<コメント> 「すぎな会管理規則」に施設長の職務と権限を明記し規定集に掲載し全職員に配布している。また、年度初めの職員会議で説明し周知している。有事(災害、事故等)においては、「危機管理マニュアル」に事故発生時の管理者の役割と対応についてフローで説明し、緊急時の迅速対応を図っている。また、消防計画に管理者の責任を明記し、自衛消防組織を編成し有事に備えている。「大規模災害時の事業継続計画(BCP)」を策定している。加えて、「新型コロナウイルス感染症対策事業継続計画-BCP」を作成し、感染状況のステージごとの対策とBCP対応策を明示し有事に備えている。		
【11】	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<コメント> 「内部管理体制の基本方針」を作成し、コンプライアンスに関わる管理体制について規定し、職員は確固たる倫理観を以て事業活動に努めることを明示している。管理者は、コンプライアンスの観点から研修や勉強会に参加している。県の集団指導講習会等に参加し、障害福祉サービス等報酬改定等最近の法改正の動きの把握に努め職員への周知を図っている。また、障害者虐待防止に関わる法令等の職員への周知徹底を図り、「身体拘束等行動制限に関する取扱い要綱」を作成し、身体拘束を行わないケアのPDCA実践報告会を開催し、拘束をしないケアに努めている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【12】	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 福祉サービスの質に関する課題は事業計画(業務運営方針)に明記している。課題対策や改善、サービスの質の向上に向け、具体的な取り組みを明らかにし会議等を通じて職員と共有を図っている。高齢化・重度化への対応として日中活動支援の受注活動の作業工程の見直しを行い、また、体力の衰え等で既存の活動への参加が難しくなった利用者に配慮し、所属グループを変更したり作業時間の調整等を行いサービスの質の維持・向上に努めている。		
【13】	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 管理者は法人の理事を兼務し法人の全体的な経営としての位置づけで施設の状況を捉え、業務改善に取り組んでいる。経営面では決算報告書について決算分析をカラーグラフ化してわかりやすく説明する等職員と情報の意識共有を図っている。労働環境面では「安全衛生管理規定」「安全衛生委員会規則」に則り働きやすい環境づくりに努めている。また、職員のストレスマネジメント対策として、年に1回定期的にストレスチェックを行っており産業医が職員の相談に応じている。労働環境については「安全衛生管理規定」を整備し、管理者と職員代表が話し合い職員の労働環境の改善を図っている。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
【14】	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>人材確保については、福祉業界の人手不足の状況の中で安定的な人材確保が困難になっている。特にコロナ禍の中では更に難しくなっている状況といえる。常勤職員の平均年齢は47.3歳で平均在職年数は24.6年と長く定着率は高く現状人数(24名)で職員数が不足している状況ではない。職員のスキルアップや専門性の向上に向けて資格取得を奨励しており、社会福祉士等の資格取得につながっている。新しい企画として非常勤支援員のスキル向上を図り、個別支援計画の策定に参画し職員不足の解消に向けた対策につなげることを推進しており支援員のモチベーションの向上につながっている。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「人事考課規定」を整備し、常勤職員の業績考課及び能力考課の人事考課基準を定めている。人事考課の実施については評価者研修を実施し、考課の公正性・公平性の維持徹底を図っている。また、非常勤支援員については、年1回4月に業務実績を業績基準書と照合し業績考課を実施している。</p> <p>人事考課の一環として個々の職員の目標管理を実施している。職員は年度初めに「個人目標管理シート」を作成し、自身の年度目標と目標達成の方法を記入している。年3回の上司との面談を通して目標を共有し、達成状況を評価し研修受講等の対策を実施している。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【16】	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>就業規則を職員に周知するとともに、職場の労働環境について職員代表(各事業所から5名)と経営者側(理事長他5名)で年に2回、意見交換の機会を設定し三六協定のこと等を話し合っている。健康診断を毎年4月に実施し、産業医の指導や相談の機会を設けている。また、受診の必要があった場合初回検査費用の補助制度がある。「ストレスチェック制度実施規則」に基づき年1回全職員を対象にストレスチェックを行い職員のストレスマネジメントに活用し、個人分析及び集団分析の結果を職場の環境改善に役立てている。有給休暇は常勤職員は年間5日間以上を取得している。非常勤職員は時間単位の有給付与により、取得率が高くなっている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
【17】	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>人材の育成と活用を目的とした職員の目標管理制度を導入している。職員は、個々の職員の取り組むべき目標・課題、取り組みべき姿勢を具体的に示す「個人目標管理シート」を作成している。職員の自発的課題設定を重視し、期初、中間、年度末に上司面接を行い、目標の達成に向けて意識を共有している。年度末に目標管理の成果を評価し、評価結果を人事考課に反映している。目標管理の評価は、計画設定2、結果(達成度)2、プロセス6の比率で評価し、目標に対してどのように取り組んだかのPDCAサイクルの取組過程を重視している。</p>		

【18】	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>「研修規定」を作成し職員の育成と専門性の向上に向けた法人の方針を明示している。各部署の長で組織する研修委員会を立ち上げ、隔月に委員会を開催し年度ごとの研修計画を策定している。研修計画に研修の年度目標や内部研修、外部研修、階層別研修等の実施内容を明記し職員に周知している。職員に研修内容に関するアンケート調査を行い、職員の要望を研修計画に反映している。制度的には研修受講に常勤・非常勤の区別はないが、非常勤職員は勤務時間の関係で外部研修の受講が難しい実情がある。今年度事業計画に、一人1件の研修受講を課題として設定し、非常勤を含めた職員の研修受講を推進している。</p>		
【19】	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><コメント></p> <p>研修は階層別、職種別、課題別に実施されている。新人のOJT研修にも注力している。近年福祉関係の仕事に全く未経験の新任職員が増加している傾向があり、研修委員を編成し障害者福祉の理解と人権擁護、利用者とのコミュニケーション能力の育成等に力を入れている。人権擁護を中心にDVDを使用したグループワーク等、演習方式を取り入れている。半年後に振り返り研修を行い、利用者対応や自身の弱点克服等について話し合い研修の成果を振り返り、新人職員一人ひとりが研修の成果を確認している。また、コロナ禍対策として内部研修を分散化し同じ研修を2回に分けて実施している。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
【20】	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
<p><コメント></p> <p>「実習に関する規則」を作成し、知的障害者福祉の現状を理解することを目的に実習生の受け入れを行うことを明示しているが、当事業所では受け入れ実績はなく見学程度になっている。一方、地域の中学校から施設見学や一日体験学習の生徒を受け入れ、一昨年は24名の生徒を受け入れている。今後は、実習生の受け入れプログラムを作成し、施設の専門性を生かした実習生受け入れの推進が期待される。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
【21】	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「情報公開等に関する規定」を策定し、法人が健全な社会福祉法人として地域の信頼と協力を得るよう事業運営の透明性を図っている。ホームページでの情報公開に努めている。ホームページに法人の年度ごとの業務運営方針、事業報告書、決算報告書を開示している。また、デイセンターつくしの施設概要、日中活動状況を写真つきでホームページに掲載し、防災訓練等の施設の各種イベントの様子を公開し施設運営の情報公開を行っている。第三者評価を定期的に受審し、評価結果をホームページに公表している。</p>		

【22】	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>毎年外部の監査機関による会計監査を実施している。昨年度は7月に実施している。また、今年度5月には税理士に委嘱し、法人の財務会計に関する事務処理体制の向上に対する支援業務の適切性を評価している。毎年5月に法人監事による内部監査を実施し、会計年度に関わる事業報告、会計帳簿等に関する資料調査を実施している。「内部管理体制の基本方針」を策定し、監事の監査業務の適切性を確保するための体制を規定している。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
【23】	Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>コロナ禍の中で利用者の地域での活動を制限している状況にある。利用者11名、職員2名の地域グループを編成し地域のハイキングコースやバス停の清掃、地域の川の土手の草刈りなどを実施している。納涼祭や冬のすぎな祭には地域住民を招待し利用者が地域の人たちと交流している。すぎな祭は手作り農耕汁をふるまうなど毎回200名以上の人たちでにぎわっている。また、在宅の知的障害者を対象とした地域余暇活動支援事業は、感染状況が落ち着いた時期には車両で近隣に限って外出活動を開始している。</p>		
【24】	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p><コメント></p> <p>「実習等に関する規則」にボランティアの受け入れについて、施設の方針を明記している。ボランティアカードを作成し、ボランティアごとに活動中の問題点等に関する職員との話し合いの機会をもつことを明記しボランティアに周知している。昨年度は年間で延べ199人のボランティアを受け入れている。利用者の創作活動や喫茶など日中活動を日常的に支援するボランティアは15名程度で、他にすぎな祭、納涼祭等の行事のボランティア、短期の傾聴ボランティアなどが活動している。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
【25】	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>厚木地区知的障害者施設連絡会(年10回)、神奈川県知的障害者福祉協会(年5回)等に出席し、コロナワクチン対策など地域の関係機関との連携を図っている。また、法人が運営する相談支援事業所が中心となって関係機関や団体との調整・連絡を行っている。しかし利用者一人ひとりの障害特性に応じた必要な社会資源のリスト化は整備されている状況とは言えない。利用者により良い支援を実施するための個々の特性に応じた関係機関との連携の強化が課題である。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【26】	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>地区知的障害者施設連絡会に加盟し年に10回程度会合し、コロナ対策やワクチン接種など施設運営に関わる情報共有を図っている。県障害福祉協会主催施設長会に年5回程度出席し、障害者福祉に関わる福祉ニーズや福祉計画等に関する動向の把握に努めている。また、年2回市社会福祉協議会と連絡会を開催し、障害者の高齢化や行動障害等に関する対策に関わる情報共有に努めている。昨年秋の防災訓練に地域の人たちの参加を呼びかけ、防災に関する地域ニーズの共有を図っている。</p>		
【27】	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>県社会福祉協議会主催の生活困窮者相談・支援を行うライフサポート事業に平成26年度から加盟している。昨年度は新型コロナウイルスの影響で収入が減少したり、失職したケースなど12件の相談支援を実施している。また、市と災害協定を締結し災害発生時の一時避難場所として指定されており、地域住民への食料、寝具等の防災用品を備蓄している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
【28】	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>経営理念に「人間としての尊厳を重んじる姿勢を貫き通します」と明記し、また、職員倫理綱領に「私たちは利用者一人ひとりの人格を尊重し、その経験や個性を大切に、安心と誇りをもって暮らせるように支援します」と明記し、その実現に向けた具体的な行動を職員行動規範に示し、規定集に掲載し全職員に配布し周知している。また、職員倫理綱領や職員行動規範をカードに明記したクレドを職員が常時携帯し注意を喚起している。人権委員会が主体となり2か月ごとに人権標語を作成し、施設内各所に掲示し職員の人権擁護意識の強化を図っている。</p>		
【29】	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「職員倫理綱領」及び「職員行動規範」にプライバシー保護に関する職員の具体的な行動を規定し、全職員に周知している。利用者にとって日中活動の場にふさわしい快適な環境の提供に努めており、プライバシーを守るよう設備の工夫を行っている。トイレの施錠、居室への入室時の声掛け、着替え室、写真掲示、日中作業場のパーテーションの設置等、ハード、ソフト両面で配慮している。また、これらは本人や家族に確認し了解を得ている。写真や動画撮影については、利用者が他の利用者を無意識にスマホで撮るケースがあり、職員が利用者のプライバシーを守ることの大切さを説明している。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
【30】	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や施設・事業所を紹介したパンフレット等は、法人事務所や相談支援事業所に設置し、希望者に丁寧に説明している。また、施設見学や体験利用の希望については、本人が安心して利用できるように本人の障害状況等に配慮し職員が丁寧に対応している。ホームページにはブログを掲載して利用者の日常生活や各種イベントにおける利用者の状況などを紹介している。「利用契約書」や「重要事項説明書」については口頭でわかりやすく説明しているが、利用者向けにルビをふる等の利用者に分かりやすい工夫の余地がある。</p>		
【31】	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始に際しては、「契約書」「重要事項説明書」を利用者・家族に説明し同意のサインをもらっている。重要事項説明書は丁寧に利用者・家族に説明しているがルビはなく、利用者に分かりやすい説明資料の工夫が望まれる。福祉サービスの開始・変更については「すぎな会管理規則13条」に利用者の福祉サービスの決定・変更を明記している。パーテーションが必要になった時や強度行動障害等で支援の見直しが必要になった時などに見直しを行い、利用者・家族の同意のサインをもらっている。</p>		

【32】	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたっては、同じ法人が運営する相談支援事業所と連携していつでも相談できる体制を整えている。サービス調整会議を実施して、利用者が不利な状況にならないように配慮している。サービス利用計画、個別支援計画、フェイスシート等を直接引き継いでいる。また、サービス終了後も対応窓口を設け相談支援事業所と連携しアフターフォロー相談ができるようにしている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>法人としての利用者満足度調査を3年に1回実施している。直近では平成30年度に行っている。利用者への聞き取りは公平を期すために異なる事業所の職員が実施している。アンケートの質問項目は、「職員について」「生活について」「健康について」等に関する24項目に及んでいる。調査結果を分析しグラフ化してわかり易くまとめて職員に周知している。当事業所の利用者は、意思疎通や判断力の面でアンケートの実施がきわめて困難な利用者が大半であるが、その中から5名の利用者が満足度調査に応じてくれている。</p>		
【34】	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p><コメント></p> <p>「苦情解決規定」を作成し苦情解決責任者及び3名の苦情解決第三者委員、苦情受付担当の設置及び苦情解決の手順について規定している。苦情解決委員会を半期ごとに開催し、虐待事案の有無、家族や地域からの苦情等について一覧表を用いて分析し、苦情対応が適切であったかを検証している。苦情解決ポスターを施設内各所に掲示し、苦情解決責任者、苦情受付担当や第三者委員等を写真付きで紹介し連絡先を明示している。法人の広報誌「すぎなだより」に半期ごとの苦情受付の件数や苦情内容について公表している。</p>		
【35】	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p><コメント></p> <p>担当職員制を採用し利用者が何でも身近な存在の職員に相談できる雰囲気づくりに努めている。職員は「利用者面談記録」に利用者の生活全般の要望、日中活動や健康面での要望等を書留めている。また、地域の知的障害関係施設の利用者権利擁護機関のオンブズマン活動に加盟している。オンブズマンが年10回施設を訪問し利用者の相談に応じている。利用者は直接職員に言えない苦情や悩みについてオンブズマンに相談している。「みんなの声」ボックスを食堂に設置し利用者がいつでも苦情があれば投函できるようにしている。</p>		
【36】	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント></p> <p>「苦情解決規程」を策定し、利用者の苦情申出手続きと対応についてフローで説明し、手続きの流れと責任者を明示し対応の迅速化を図っている。利用者の苦情や不満については担当職員がいつでも相談に応じ利用者の思いの把握に努め書面に記録している。法人が3年ごとに実施している満足度調査では、家族の意見として相談事への迅速対応の満足度は、半数以上が不満と回答している。通所利用者の地域住民の相談への対応の迅速化が望まれる。</p>		

【37】	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p><コメント></p> <p>「リスクマネジメント実施要綱」を整備し、施設の安全管理、事故防止等に関するリスクマネジメント体制を規定しリスクマネージャー制度を整備している。施設運営に関わるリスクの内容を明示し職員に周知している。また、「危機管理対応マニュアル」を作成し、リスクマネジメント推進会議を開催し、事故発生時の対応や災害発生時等の緊急時の対策を明示している。日々の利用者支援に関わる事故報告書、ヒヤリハット報告書を運用し事故防止につとめている。昨年度は転倒の恐れ、利用者の不穏行動、軽微な怪我など57件のヒヤリハット報告があり、年度ごとに事故報告・ヒヤリハット報告をまとめ、事故の内容を分析し、事故防止について明示し職員に周知して</p>		
【38】	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>「感染症・食中毒予防対策について」「食中毒予防マニュアル(衛生管理マニュアル)」「ノロウイルス感染予防対策」「新型コロナウイルス感染症への対応について(マニュアル改定版)」等の感染症予防・蔓延防止に関するマニュアルを整備している。毎年看護師が中心となり、全職員を対象にノロウイルス感染予防や嘔吐物処置の実務訓練及びインフルエンザ等感染症予防研修を実施している。新型コロナウイルス対策としての利用者、職員の検温、マスク着用、手洗い・消毒の周知徹底を図っている。</p>		
【39】	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>「すぎな会消防計画」を策定し、火災・震災・その他災害に関する法人全体の人命の安全と被害の防止について明示し、防火管理責任者の設置と権限、自衛消防組織の編成、避難場所等の対策を明記している。「社会福祉法人すぎな会BCP」を策定し、災害発生時の事業継続について明記している。また、「新型コロナウイルス感染症対応事業継続計画—BCP」を作成し、有事の対策本部の設置やコロナ禍のステージに応じた現場レベルの対応について規定している。火災・地震災害を想定した避難訓練を年に2回実施している。また、災害時二次避難場所に指定され地域住民の5日分の食料等を備蓄している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
【40】	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p><コメント></p> <p>「日中作業・作業内容マニュアル」を作成し、利用者特性によるグループ別に受注活動や喫茶ハウス活動、市ハイキングコースの清掃等の地域活動などについて利用者支援の標準化を図っている。また、個別支援計画の策定については、計画作成から実践の状況の評価、課題整理と見直しに関する標準化を図り、個別支援計画策定の品質レベルの保持に努めている。「個別支援計画作成資料」を作成し計画書記述のガイドラインを示し、個別支援計画書検討会議で計画書の作成・中間・年度末の評価の実施を規定している。</p>		
【41】	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p><コメント></p> <p>「日中作業・作業内容マニュアル」については、利用者の障害特性に配慮し作業工程の見直しや治具の変更等に応じて見直しを行っている。個別支援計画書作成とモニタリング、最終まとめの年間実施計画を整備し、各フェーズごとの検討会議を開催し作業手順の見直し等についての職員間の情報共有を図っている。また、利用者ごとのコミュニケーション能力や社会性、想像力、感覚障害に関する「障害特性シート」作成し、必要に応じ支援員や看護師、ホーム支援員等の参加のもとにケース会議を開催し、個別支援計画の見直しにつなげる仕組みを整備している。</p>		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
【42】	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しに際し毎年2月にアセスメントを実施している。アセスメントの前に利用者ごとに面談し「利用者面談記録」を作成し、また、家族に「個別支援計画書 要望受付票」を記入してもらい利用者の要望・希望の把握に努めている。アセスメントは、利用者の日常生活動作、生活技術・健康管理、デイ活動での活動状況、社会参加、対人関係等項目ごとに70項目に及び、項目毎に5段階評価を行い、利用者支援のニーズの把握に努めている。アセスメントの結果を分析し、課題一覧を作成し個別支援計画に反映している。利用者ニーズは、中間・年度末のモニタリング時に見直しを行い、課題の見直しを行っている。</p>		
【43】	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は年度ごとに策定し、半期ごとに個別支援計画の目標に沿ってモニタリングを実施している。また、年度末にも実施し個別支援計画の実績を評価し個別支援計画の見直しに反映している。個別支援計画は、利用者の状況の変化に応じ随時見直しを行っている。個別支援計画に本人の要望を明記し、目標ごとに半期毎の支援の方法について明記している。個別支援計画は策定後利用者及び家族に説明し同意のサインをもらっている。</p>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
【44】	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。
b	
<p><コメント></p> <p>日々の利用者支援の状況をPCのケース記録に入力している。ケース記録は日々の利用者支援の状況を記録したものであるが、個別支援計画の目標に沿った支援の実践の記述ではない。個別支援計画策定時の検討会議でケース記録を参考にし、利用者支援のニーズの見直しに活用しているが十分に活用できていない状況がある。個別支援計画の目標に沿った日々の支援の実践の状況をケース記録に記述し、必要情報を検索できる仕組の工夫の余地がある。</p>	
【45】	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。
a	
<p><コメント></p> <p>法人の文書管理規定が整備され、管理責任者は施設長である。「個人情報保護規定」を策定し、利用者支援に関わる個人情報の利用目的の特定や目的外利用禁止、個人データの開示等について規定している。また、個人情報保護規定の運用について漏洩・滅失及び毀損等の防止に関わる安全管理対策について文書化し、職員に周知し注意を喚起している。PC上の個人データについては、職員ごとのパスワードを設定し、また、管理者等職域ごとにパスワードを設定し情報の不正アクセスの防止を図っている。PC上の廃棄データは年度ごとにチェックし情報漏洩防止に努めている。</p>	